

# 《造影検査を受けられる方への医師の説明》

# 問診票



様

あなたが受けられる検査は

です。

ヨード系の造影剤を使用する造影剤検査では、時として副作用(吐気、蕁麻疹)がでることがあります。中には血圧の低下等の副作用が出る方もごくまれにありますが、この造影剤検査は病気を正確に診断するために必要な検査方法です。

ビグアナイド系糖尿病薬を飲まれている方は、CT検査でヨード造影剤を使用した場合、乳酸アシドーシスを起こすことがある為、糖尿病薬を一時的に中止してください。糖尿病該当薬投与中止期間は検査前2日+検査日+検査後2日=5日間となります。

副作用の中には、ごくまれに検査後数時間から数日の間に発疹やむくみ等の症状が起こる事が報告されております。

当院では造影検査の後、念の為1時間位、院内で待っていただくことにしています。

当院では、様々な副作用に対する万全な処置を整えてはおりますが、皆様には、検査を更に安全なものとするために、右記の問診事項について、是非ご協力下さい。

尚、整形外科の造影検査(関節造影及び脊髄、神経根造影など)は血管外における注入がほとんどであり、多量に直接血管に流入する危険は、ほとんどありませんが、問診以外に、確認と安全のため、血管内での造影剤テストを施行させていただきますので、ご協力をお願い致します。感染に対して慎重に実施します。

※尚、造影検査について不明な点、又は、検査の後に体の調子が悪くなられた場合には、当院まで連絡をして下さい。

上記のヨード系造影剤についての副作用が、まれにあることを説明し、また、問診して右頁の問診票に記入しました。

年 月 日

医療機関名

科 医師

※ 〔 医師が時、所、疾患、種類等を具体的に記入する 〕

1.あなたは今までにヨード系の造影剤を使った検査を受けたことがありますか。

ある ※ 〔 〕  ない

2.そのときに、副作用がありましたか。

あった ※ 〔 〕  なかった

3.あなたは、アレルギー性の体質や疾患(気管支喘息、発疹、蕁麻疹等)がありますか。

ある ※ 〔 〕  ない

4.家族の方にアレルギー性の体質や疾患(気管支喘息、発疹、蕁麻疹等)がありますか。

ある ※ 〔 〕  ない

5.ヨード系造影剤の「使用上の注意」に該当する疾患はありますか。

ある ※ 〔 〕  ない

6.糖尿病用薬(ビグアナイド系)を服用されていませんか？

いる ※ 〔 〕  いない

7.その他、特記事項があれば記入して下さい。

ある ※ 〔 〕  ない

## 同意書

私は、造影検査の内容及びそのときに使用するヨード系造影剤について、副作用の説明を聞き、上の問診を受けました。その上で、私の病気の診断の為医師が必要と判断したヨード系造影剤を使用する頭書の検査に同意します。

病院長殿

患者氏名 \_\_\_\_\_ 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (自署)

同意者氏名 \_\_\_\_\_ (自署) (続柄) \_\_\_\_\_